

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° 370

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BRILL

Né le 14 juin 1905, à Jassy (Roumanie)

LE TRAITEMENT

DE LA

PYÉLONÉPHRITE GRAVIDIQUE

(AVEC RÉTENTION)

PAR LA DISTENSION VÉSICALE

(MÉTHODE DE PASTEAU)

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BRILL

Né le 14 juin 1905, à Jassy (Roumanie)

LE TRAITEMENT

DE LA

PYÉLONÉPHRITE GRAVIDIQUE

(AVEC RÉTENTION)

PAR LA DISTENSION VÉSICALE

(MÉTHODE DE PASTEAU)

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

I. — DOYEN. . . M. ROGER

LES PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	N..
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON
	ACHARD.
	M. LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeurs sans chaire.	BRANCA.
	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCCQ. Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physiologie.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. Ophtalmologie
 VERNE. Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie

MM.

RETTERER. . . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique.
 N. Pathologie médicale

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.

MM.

LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

JE DÉDIE CET OUVRAGE A MON PÈRE

*Qu'il soit l'humble reflet de notre
amour et de notre reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté

*Nos respectueux hommages et
profonde reconnaissance pour le
grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de notre
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR V. LE LORIER

Professeur agrégé à la Faculté
Chargé de cours de Clinique annexe
Accoucheur des Hôpitaux

*Dans le service duquel nous avons
passé le meilleur temps de notre
vie d'étudiant, notre reconnaissante
et profonde gratitude pour les con-
seils et l'enseignement prodigués.*

AVANT-PROPOS

La question traitée dans cet ouvrage nous a été proposée par M. le Professeur agrégé V. Le Lorier et la plupart des observations que nous publions ont été prises dans le Service d'Obstétrique de l'Hôpital Boucicaut.

La distension vésicale dans les rétentions rénales au cours des pyélonéphrites gravidiques, méthode que le Dr Octave Pasteau imagina en 1898, est une intervention simple, élégante et efficace.

En pratiquant une cystoscopie chez une de ses malades, le Dr Pasteau remarqua que la réplétion de la vessie fut suivie d'une chute complète de la température, accompagnée d'une large évacuation du rein.

« Il était donc permis de penser que la réplétion de la vessie avait eu un rôle thérapeutique ; et, de fait, la distension vésicale, répétée de propos délibéré, amena la guérison complète en une quinzaine de jours » (1).

1. Dr Pasteau, *Traitement des rétentions rénales au cours de la grossesse*, 1903. Paris, Imp. E. Campiomont et Cie.

LE TRAITEMENT
DE LA
PYÉLONÉPHRITE GRAVIDIQUE
(AVEC RÉTENTION)
PAR LA DISTENSION VÉSICALE
(MÉTHODE DE PASTEAU)

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La méthode du Dr Pasteau consiste en la réplétion et la distension de la vessie par l'injection d'une quantité variable de liquide aseptique.

Premier temps : le sondage. — Une sonde Nélaton de calibre moyen (n° 17 à 22), stérilisée et lubrifiée, est nécessaire ; cette sonde introduite dans la vessie fait écouler l'urine. Cette précaution évite la possibilité d'une infection.

Deuxième temps : le lavage. — Il consiste en l'injection répétée dans la vessie de 50 à 100 grammes d'eau bouillie tiède. Lorsque le liquide retiré est clair, on passe à la distension vésicale qui constitue le :

Troisième temps : la distension proprement dite. — Il nécessite une seringue ayant une capacité de 100 gr. au moins et dont le piston fonctionne et

glisse facilement. La seringue de Guyon paraît être la plus indiquée. La nature du liquide a peu d'importance ; on peut employer l'eau bouillie, l'eau boriquée ou le sérum physiologique ; la température doit en être vérifiée, car la thermosensibilité de la vessie est très développée ; le liquide sera donc tiède.

Sa quantité est variable selon la capacité vésicale. En général, on introduit d'autant plus de liquide, qu'on agit avec plus de douceur.

Dès qu'une contraction vésicale oppose de la résistance, l'injection doit être arrêtée pour être reprise aussitôt après. A un moment donné la malade accuse le besoin d'uriner ; on cesse la distension.

Après quelques instants on peut chasser encore une petite quantité de liquide, de façon à rendre le besoin d'uriner plus manifeste.

Une sensation de pesanteur, de douleur au niveau du rein en état de rétention, peut alors se faire sentir. On retire doucement la sonde, en recommandant à la patiente de retarder le plus longtemps possible le moment de la miction.

Une seule distension vésicale ne suffit pas, aussi la pratique-t-on trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Dès que la fièvre commence à tomber, on réduit le nombre de distensions à deux et à une et l'on cesse le traitement quand la température est devenue normale.

Il est utile de connaître la quantité de liquide injecté, qu'on déduira après la miction de la masse totale, afin de pouvoir apprécier la diurèse, donc le degré de rétention et l'efficacité thérapeutique de l'intervention.

Les instruments nécessaires sont simples et en nombre limité ; l'intervention est donc à la portée de tout médecin praticien non spécialiste.

Les observations accompagnées du tracé thermique que nous avons réunies ci-dessous, démontrent amplement l'efficacité de la distension vésicale. Nous n'avons pas pu recueillir des résultats négatifs ; les quelques observations concernant des malades ayant quitté l'hôpital au cours du traitement ne sauraient être considérées comme telles.

OBSERVATIONS

Les deux premières observations sont dues à l'ouvrage de M. O. Pasteau : *Traitement des rétentions rénales au cours de la grossesse*, l'observation IX à la thèse de J. Jovanovitch, les dix autres ayant été prises à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut.

OBSERVATION I

(O. Pasteau).

Mme B..., âgée de 28 ans, entre le 18 septembre 1897 à l'hôpital de la Charité, salle Gosselin, n° 34, service de M. le Prof. Tillaux.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire à 47 ans. Mère morte à 65 ans d'une maladie de cœur. Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures ; a marché à 11 mois, réglée à 17 ans. Dernières règles le 20 avril 1897.

Maladie actuelle. — La malade urine 7 à 8 fois par jour, 5 à 6 fois la nuit ; les mictions sont douloureuses, les urines troubles, et il existe des douleurs dans la région rénale droite. La vessie est douloureuse à la pression et au sondage. La région rénale est douloureuse surtout à droite, les douleurs sont réveillées par la fatigue et la marche. La région lombaire droite est remplie, empâtée, douloureuse à

la pression. Température du soir à 40°5. Traitement : injections vaginales au sublimé, lavage vésical à l'eau boriquée, enveloppements humides de la région rénale droite.

19 septembre. — Température du matin 38°8, du soir 39°8. Lavage vésical au nitrate d'argent.

20 septembre. — Les douleurs diminuent ; on perçoit les signes normaux d'une grossesse.

23 septembre. — On essaye le cathétérisme de l'uretère qui est vite abandonné à cause des douleurs provoquées. Les jours suivants, la température a une tendance à baisser.

26 septembre. — La température monte à 39°, les douleurs s'accroissent. La malade passe à la maternité de la Charité le 2 octobre. Les urines sont troubles et déposent du pus, le rein est volumineux et douloureux, la douleur irradie vers la fosse iliaque.

21 octobre. — On commence les distensions vésicales. Dès le 2^e jour, la température est à 37° le matin, le soir elle monte à 40° puis descend graduellement à 39°, 38°, et devient normale le 6^e jour. L'état général s'améliore, la malade ne souffre plus, la région rénale n'est plus douloureuse, les urines sont claires. La malade est guérie le 6 novembre. Le 10 janvier, elle accouche d'un garçon pesant 2.350 gr. en bon état.

OBSERVATION II

(O. Pasteau).

Mme X...

Il n'y a pas d'antécédents importants à signaler. Première grossesse à 22 ans, enfant mort de broncho-pneumonie ; deuxième grossesse à 24 ans. Légères douleurs dans le rein droit. Le 8 janvier 1902 éclatent des douleurs très violentes

dans le rein droit avec irradiation dans la vessie. La température atteint progressivement 40°8 ; urines troubles et abondantes. La fièvre dure une douzaine de jours entre 39° et 38°. Arrivée à Paris dans le courant du mois de mars 1902, elle est examinée à nouveau. On lui trouve : le rein droit volumineux, abaissé, peu mobile, peu tendu et légèrement douloureux. On lui conseille le décubitus dorsal et on commence les distensions vésicales. Deux jours après, les douleurs ont complètement disparu, le rein droit diminué, légèrement mobile, non tendu, non douloureux. A partir du 5^e mois de la grossesse, la malade ne souffre plus. Elle accouche à terme d'une fille pesant 3900 gr., en bonne santé. Un mois après l'accouchement, nouvelle crise de rétention rénale qui cède à la distension vésicale. La malade a un très bon état général.

OBSERVATION III (N° 1493.)

(Maternité Boucicaut. Année 1928.)

Mme J. M., âgée de 19 ans, entre dans le service le 16 juillet 1928.

Antécédents héréditaires. — Mère cardio-rénale, gros œdèmes. Père inconnu.

Antécédents physiologiques. — A marché à 10 mois, nourrie au sein. Réglée à 11 ans, règles douloureuses.

Antécédents pathologiques. — Rougeole, scarlatine, varicelle, coqueluche, pendant la première et la deuxième enfance.

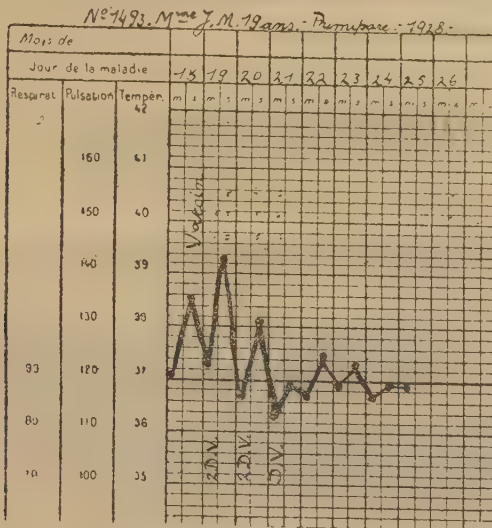
En 1918, elle eut une congestion pulmonaire.

En 1926, elle a eu une crise d'appendicite.

Au mois de mars, crise de rhumatisme articulaire aigu qui s'accompagne d'une sciatique double.

Gestation actuelle. — Dernières règles : 14 au 24 février. Elle n'est jamais venue consulter. Leucorrhée. A l'examen, tout est normal ; au toucher le promontoire paraît très loin, à bout de doigts.

La malade est hospitalisée, d'après le conseil de son mé-



decin, parce que depuis quelques jours elle faisait de la température à 39°-40°, surtout à midi et à minuit, et se plaignait de fortes douleurs lombaires. Examinée dans le service le 17 juillet, on constate des signes de pyélonéphrite : douleurs lombaires bilatérales, avec points douloureux urétéraux sensibles à la pression. Le point para-ombilical droit est particulièrement sensible. La température fait de grandes oscillations. Etat saburral des voies digestives. Mictions fréquentes légèrement douloureuses.

Examen obstétrical. — Grossesse de 5 mois environ. Les bruits du cœur fœtal sont perceptibles et les mouvements actifs. Les urines sont puriformes et renferment de nombreux colibacilles.

On met la femme au régime et au vaccin. La distension vésicale fait descendre la température et la femme est en bon état.

23 novembre 1928. — Elle accouche à terme, d'une fille vivante pesant 2970 grammes

OBSERVATION IV (N° 2135).

(Maternité Boucicaut. Année 1928.)

Mme B. H., âgée de 24 ans, entre dans le service le 17 octobre 1928.

Antécédents héréditaires. — Parents décédés. Quatre frères bien portants. Une sœur morte de méningite à 5 ans.

Antécédents physiologiques. — Réglée à 16 ans.

Antécédents pathologiques. — Néant.

Primipare.

Gestation actuelle. — Dernières règles: 28 février. Urines normales. T. A. : normale. A l'examen rien d'anormal

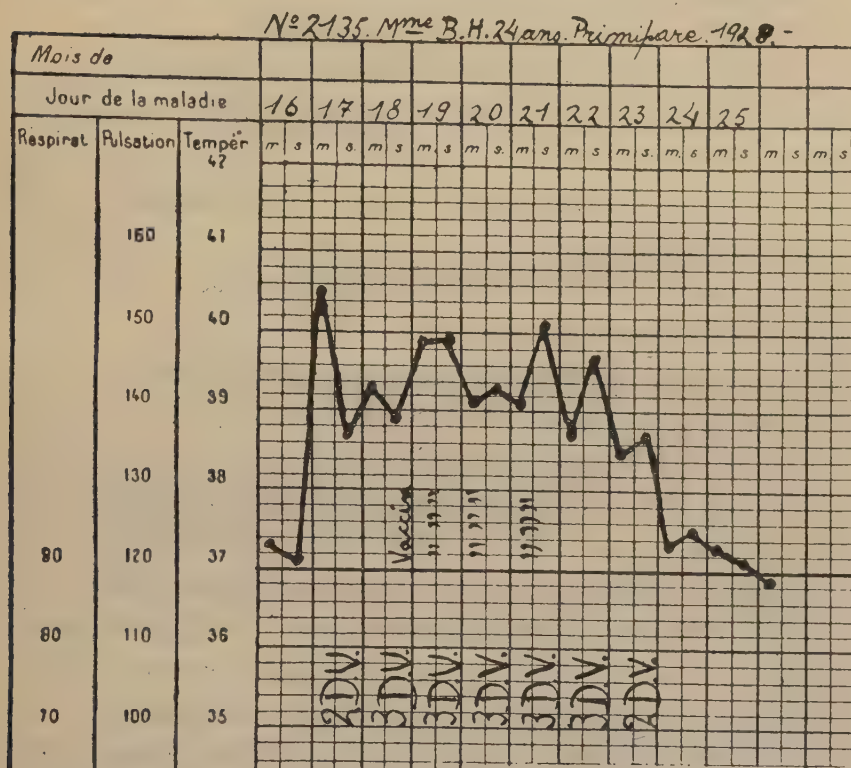
14 septembre 1928. — Grossesse de 6 mois 1/2. H. U. : 26. Albumine : O. T. A. 9/5. Petite tête en bas. Dos à gauche. Vivant. Bassin normal.

17 octobre 1928. — Petite hémorragie. Hydramnios. Col déhiscent. Les membranes bombent. H. U. : 33. B. d. C. +. T. A. : 13.

21 octobre 1928. — La poche des eaux est rompue. Les contractions se produisent toutes les dix minutes. Le liquide

s'écoule, abondant : 5 à 6 litres. L'accouchement se produit naturel et à terme : fille vivante pesant 1520 gr., la délivrance pesant 250 gr.

27 novembre 1928. — La malade se plaint de douleurs



dans la région lombaire, depuis le 22 novembre. Les urines sont troubles. Douleur à la miction, avant et après. L'affection prend naissance brusquement et oblige la malade à s'aliter.

23 novembre 1928. — Température à 40°5. Pouls à 90. Sueurs, frissons, vomissements, pas de céphalée. Douleurs

dans la région lombaire droite. Examen des urines : pus à colibacilles courts, mobiles. On met la malade au régime et on lui fait des distensions vésicales.

La température tombe en huit jours sous l'influence du traitement.

OBSERVATION V (N° 2076.)

(Maternité Boucicaut. Année 1928.)

Mme P. E..., âgée de 22 ans, entre dans le service le 8 octobre 1928.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père inconnu. Un frère bien portant.

Antécédents physiologiques. — Reglée à 17 ans, régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Néant.

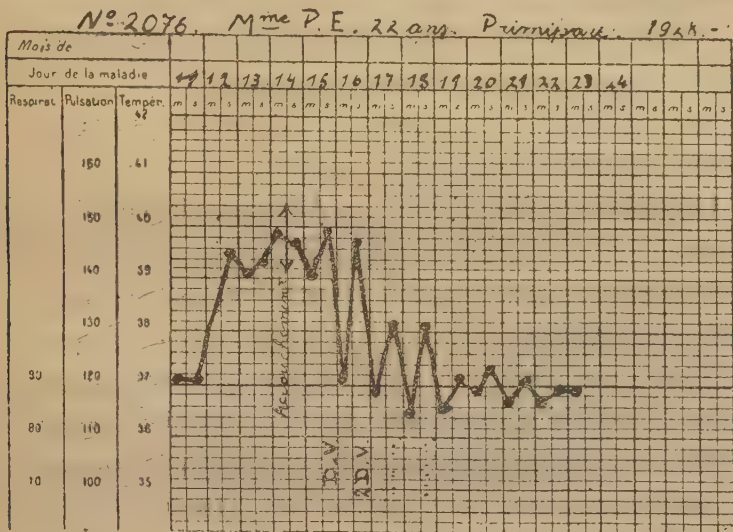
Primipare.

Gestation actuelle. — Dernières règles : 29-8 février. Urines normales. T. A. normale. A l'examen somatique, rien de particulier. Au point de vue obstétrical, tout est normal. Pendant la nuit du 12 au 13 octobre, la malade fait un frisson de courte durée, la température montant à 38°4; elle accuse une douleur très violente du côté du rein droit. Les urines sont normales. Plus tard, la température monte à 39°4; la malade est isolée. On lui fait une piqûre de 1/4 de ctgr. de morphine et on lui applique des compresses laudanisées sur le rein; le reste de la nuit fut calme. Le lendemain la température se maintient à 39°1, le pouls à 96. La céphalée continue, la douleur lombaire droite se calme.

Le 14 octobre, l'accouchement naturel à terme a lieu.

Le 15 la température est à 39°, le pouls 88.

A l'examen, pas de douleurs aux points urétéraux droits. Douleur provoquée dans la région lombaire droite en arrière, surtout dans l'angle costo-musculaire. Les jours suivants, la température continue à grands crochets, les



urines sont rouges, troubles. On fait des distensions vésicales, au nombre de sept.

Le 21 octobre la température est à 37°. Douleurs à miction, au début surtout. Envies fréquentes d'uriner. Oligurie.

Après, tout rentre dans l'ordre et la malade quitte le service en bon état.

OBSERVATION VI (N° 855.)

(Maternité Boucicaut. Année 1928.)

Mme D. E..., âgée de 34 ans, entre dans le service le 2 mai 1928.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose. Mère bien portante. Un frère bien portant.

Antécédents physiologiques. — A marché à 18 mois. Réglée à 11 ans.

Antécédents pathologiques. — Affection abdominale à 9 ans.

Antécédents obstétricaux. — Deux avortements de quelques semaines. Cette malade a été soignée à la consultation de Gynécologie par le Dr Pouliot pour poussées salpingiennes. Le Dr Bloch Wanzer pratiqua une insufflation tubaire qui décela l'imperméabilité des trompes, contrôlée par une radiographie et injection au lipiodol.

Le 5 mai, M. Le Lorier pratique la laparotomie exploratrice dans le but de rétablir la perméabilité tubaire disparue (contrôlée par l'insufflation et le lipiodol). Adhérences sectionnées aux ciseaux et au doigt, appendicectomie. L'utérus est sain mais maintenu incliné à droite par une trompe volumineuse ayant l'aspect d'un hydrosalpinx. La trompe malade complètement oblitérée est enlevée. La trompe gauche est alors insufflée, puis sectionnée ; une fois la perméabilité rétablie, elle est laissée en place. Suites opératoires normales.

Le 21 mai la température monte à 39°. Douleur vive dans la région lombaire droite. Quelques vomissements. L'exa-

Examen somatique : normal. La grande sensibilité vésicale empêche le toucher.

21 septembre 1926. — Grossesse probable de 6 semaines. T.A. : 10/5. Albumine : O. Pollakiurie.

7 octobre 1927. — Régime et vaccinothérapie. Utérus grand comme pour une grossesse de 2 mois et demi. Albumine : O. Etat général satisfaisant. L'état reste stationnaire jusqu'au 4 février 1927, quand une distension vésicale produit une décharge urinaire qui amène la sédation des douleurs et la chute de la température.

6 février 1927. — Dans l'après-midi frisson. Température 39°. Cystalgie. Diminution de la quantité d'urine. Enveloppement tiède de l'abdomen.

15 février 1927. — Vaccin anti-colibacillaire sous-cutané 1 cc. La température tombe à 37°. Auscultation normale.

Le 7 mars 1927, l'accouchement normal d'un garçon, pesant 1450 grammes, a lieu. Grande quantité de liquide amniotique. L'enfant débile succombe peu de temps après.

Durant toute la maladie, des examens d'urines ont été pratiqués, avec résultat positif.

OBSERVATION VIII (N° 603.)

(Maternité Boucicaut. Année 1928.)

Mme H. J..., âgée de 21 ans, entre le 28 mars 1928 dans le service, au huitième mois de sa grossesse.

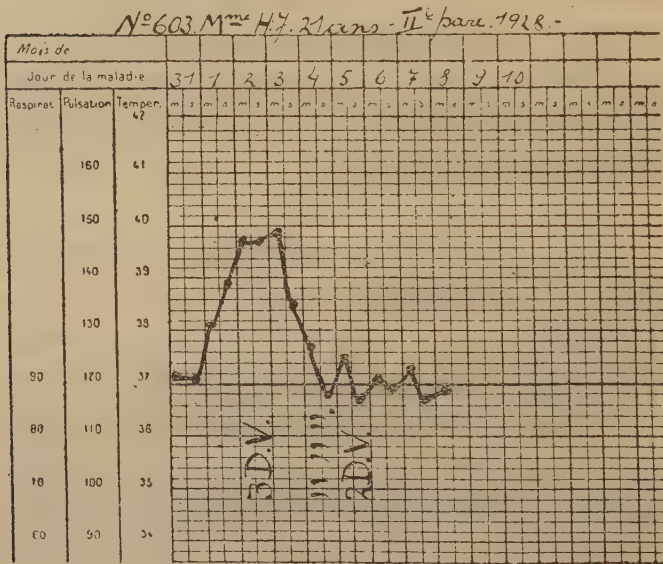
Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, père ?? 9 collatéraux bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à 13 mois. Régée à 15 ans.

Antécédents pathologiques. — Néant.

Antécédents obstétricaux. — En 1926, accouchement de 7 mois 12. Fille vivante élevée au sein. Bien portante. Suites de couches normales.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : du 6 au 8 sep-



tembre. B.-W. : négatif. L'auscultation est positive. La tête du fœtus en haut.

Le 31 mars, la malade se plaint de douleurs lombaires et abdominales. La température est à 37°. Ces douleurs apparaissent brusquement le jour même.

Le 1^{er} avril, la température monte à 38°9.

Le 2 avril, la température monte à 39°7. Urines avec très nombreux colibacilles et leucocytes. L'albumine résulte de l'abondance du pus. On fait trois distensions vésicales par jour.

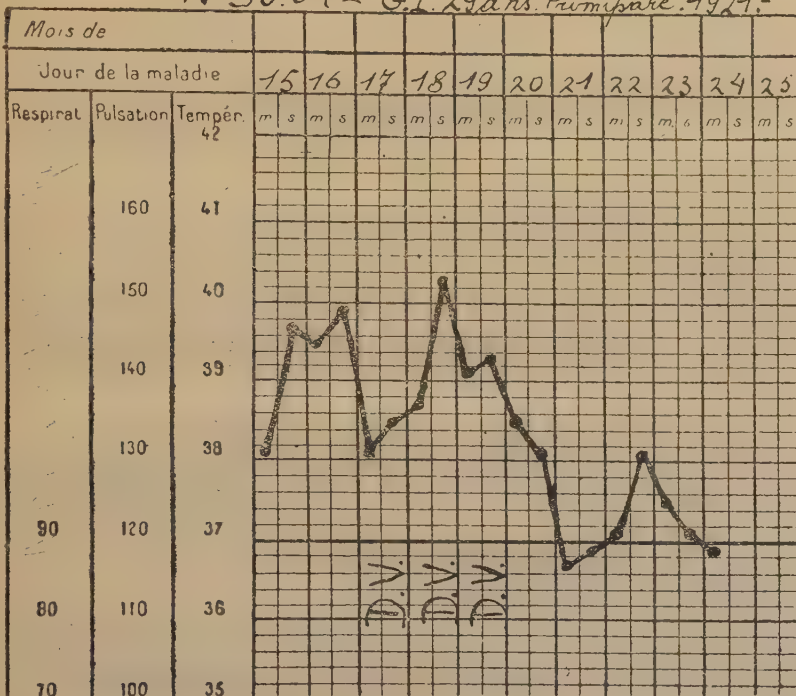
Le 6 avril l'état général est excellent. La température à 37°.
La femme sort du service non accouchée.

OBSERVATION IX (n° 675, de 1921).

(Thèse J. Jovanovitch.)

Mme G. I., 29 ans. Journalière. Primipare. Pyélonéphrite droite. Entrée au dortoir le 14 février 1921.

N° 30. Mme G. I. 29 ans. Primipare. 1921.



Antécédents héréditaires. — Parents morts. 4 collatéraux morts en bas-âge.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. Group, varicelle, scarlatine.

Grossesse actuelle : D. R. 25 au 26 juillet 1920.

Observation. Le 9 février elle a été prise d'une douleur lombaire à droite, qui n'a fait que croître. Insomnie persistante. Elévation de la température accompagnée de céphalée et de vomissements. A l'examen douleur lombaire droite spontanée et augmentée par la palpation. Point douloureux au niveau de l'épine du pubis. Diurèse diminuée. Inappétence, peau terreuse, abattement, langue saburrale, hyperthermie surtout depuis le 15, à 39° et 40°.

16 février. — Recrudescence de la douleur lombaire. Au toucher, douleur nettement localisée à l'union du cul-de-sac antérieur et du cul-de-sac latéral droit.

18 février. — Douleur toujours très vive dans la région rénale droite. Urines peu troubles sans dépôt. Pouls à 120. Température à 40° 4.

Recherche du pus par le procédé Bouchard-Bazy, positive. Distension de la vessie. Diète hydrique. Lactose, lavements, ventouses.

19 février. — Douleur toujours vive. Dyspnée. Urines troubles. Cathétérisme. La distension vésicale est prolongée par l'injection de 50 cc. d'eau. Une sensation de douleur intense au niveau de la région lombaire droite accusée par la malade, arrête l'opération.

20 février. — Nombreux râles congestifs aux bases. Température à 38° 2. Pouls à 86. On fait de nouveau une distension vésicale avec 600 gr. d'eau à laquelle on ajoute un peu d'eau oxygénée. Dans l'après-midi on fait deux autres injections vésicales de 600 cc. et 300 cc. d'eau et d'eau oxygénée ; cette quantité n'a pas pu être dépassée ; les contractions de la vessie chassent la sonde, bien que la malade

n'accuse ni douleur intense, ni besoin pressant de miction.

21 février. — Etat général meilleur. La douleur a diminué considérablement. La dyspnée a complètement disparu. La température est à 36°8, mais monte le lendemain à 38°2 avec un pouls à 104.

23 février. — La femme a plusieurs vomissements dans la journée. Elle continue à avoir un faciès plombé avec des yeux cernés. Température à 37°4. Pouls à 90. Congestion pulmonaire.

25 février. — Etat général meilleur. Débâcle urinaire. La femme réclame à manger. Température à 37°6, pouls à 90.

Traitement pendant la pyélonéphrite : régime, urotropine, purgatifs et eau lactosée.

6 mars. — La malade quitte l'hôpital. Elle rentre le 14 avril pour accoucher. L'accouchement se produit spontanément. Enfant pesant 2.890 gr. Placenta 470 gr. Délivrance naturelle.

La malade quitte l'hôpital le 24 avril 1921 sur sa demande.

OBSERVATION X (n° 617).

(Maternité Boucicaut, année 1928).

Mme H. J., âgée de 21 ans, entre dans le service le 29 mars 1928.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents physiologiques. — Réglée à 14 ans, régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Rougeole.

Antécédents obstétricaux, — Mars 1926 à Boucicaut

accouchement artificiel à terme. Forceps pour bassin vicié et lenteur du travail. Application faite dans l'excavation. Extraction d'une fille vivante pesant 3.500 grammes. Quatre circulaires du cordon autour du cou. Morte 6 jours après. Suites de couches normales. Déchirure du périnée.

Gestation actuelle. — Dernières règles : du 22 au 27 juin. Urines normales. T. A. : normale. B.-W. : négatif. Examen somatique : normal. Le toucher vaginal révèle un diamètre P. S. P. : 11 cm. Le sacrum est accessible au loin. Les lignes innommées sont explorables. La femme consulte à partir du 23 novembre 1927. On lui trouve à ce moment une grossesse de 4 mois et demi environ. Le 27 décembre 1927, examinée de nouveau. M. Le Lorier trouve un pronostic favorable. Le fœtus est très mobile. On applique une ceinture le 5 janvier 1928. L'auscultation est positive. Le 9 février, on lui fait une version par manœuvres externes et on applique de nouveau la ceinture. Le fœtus est vivant. Le 29 mars 1928 a lieu l'accouchement naturel et à terme. Garçon vivant pesant 3.900 grammes. La délivrance naturelle et complète pèse 570 grammes.

6 avril 1928. — Température élevée. La fosse iliaque gauche est un peu douloureuse. La fosse iliaque droite est très douloureuse. Un peu de contracture. Au toucher : cul-de-sac gauche, libre, très légèrement douloureux ; cul-de-sac droit très douloureux, empâté. Sur le visage on note une éruption d'herpès au niveau de la lèvre supérieure et de la commissure buccale gauche. L'hémoculture est négative.

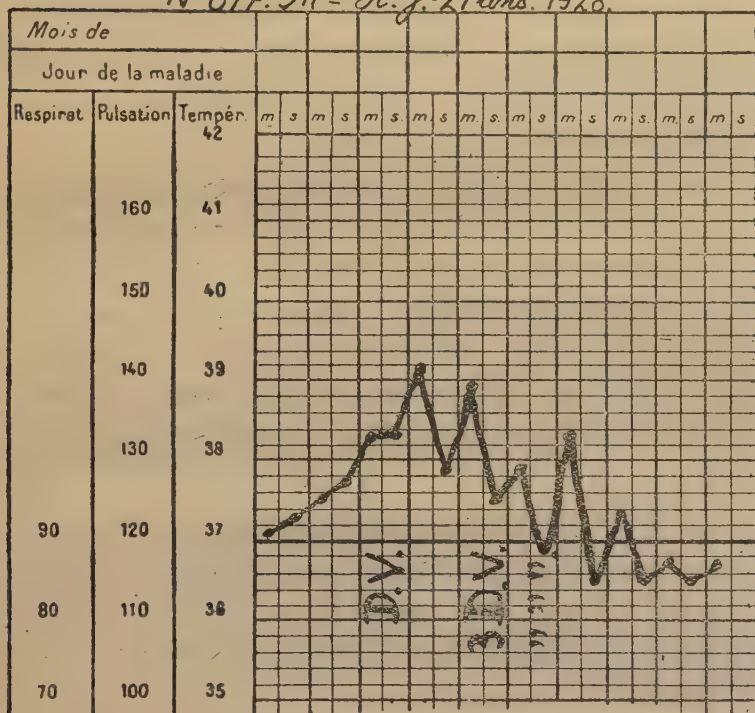
23 avril 1928. — Douleurs abdominales. T. 38°5. Phénomènes d'entérite.

27 avril 1928. — Bon état général. Toucher : utérus comme

une petite mandarine. Culs-de-sac libres et souples.

4 mai 1928. — La corne droite de l'utérus est prolongée par une bosselure anormale, peu distincte de la masse principale, qui est probablement mobile, sans empatement et seulement sensible à la pression (M. Le Lorier).

N° 617. M^{me} H. J. 21 ans. 1928.



Le 19 mai 1928 M. Le Lorier assisté par M. Marie et M. Thorain pratique une colpotomie. Après incision du cul-de-sac postérieur et exploration, avec le doigt, des annexes des deux côtés, écoulement d'une cuillerée à soupe de pus épais. Pose d'un drain en T. Les jours suivants léger écoulement de pus.

Le 22 mai, ablation du drain en T.

Le 29 mai, réascension de la température à 39°. Douleur et contracture dans la fosse iliaque gauche. La température se maintient quelques jours. Puis tout redevient normal.

Le 14 juin, au matin, vives douleurs à type de colique néphrétique du côté droit, très violentes, nécessitant une piqûre de morphine. Le siège de la douleur est la fosse lombaire droite. Irradiations transversales vers l'épigastre, descendant vers la cuisse et le pubis. Pas de nausées, ni vomissements, ni constipation. Pas de miction depuis la veille au soir. On doit la sonder. L'examen des urines impose le diagnostic de pyélonéphrite : nombreux éléments de pus, cellules de desquamation ; très nombreux colibacilles. Le 17 juin, le soir, la température est à 39°. Traitement habituel des pyélonéphrites et distensions vésicales.

Le 23 juin, après 7 distentions vésicales, chute de la température ; la femme quitte le service complètement guérie.

OBSERVATION XI (N° 46.)

(Maternité Boucicaut. Année 1928.)

Mme T.-L..., âgée de 19 ans entre dans le service le 10 janvier 1928.

Antécédents héréditaires. — Mère décédée à la suite d'un accouchement à 38 ans. Père bien portant. Deux collatéraux bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à 15 mois. Régée à 12 ans.

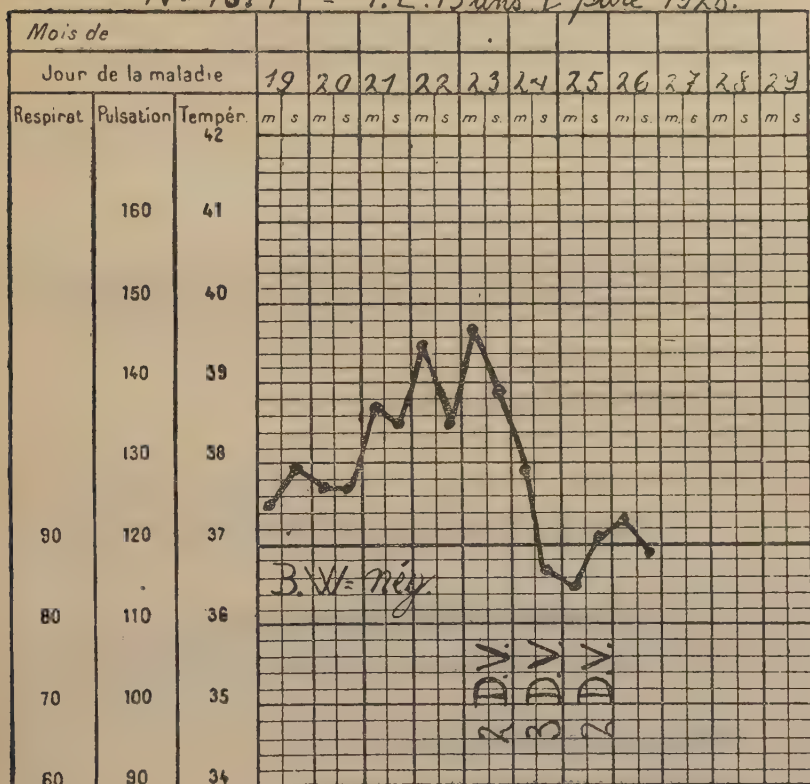
Antécédents pathologiques. — Scarlatine à 5 ans. Rougeole. Grippe en 1918.

Primipare.

Gestation actuelle. — Dernières règles : 21-22 mars.

Urines troubles. T. A. : 9/5. Leucorrhée.

N° 46. M^{me} T. L. 19 ans 1^{re} pare 1928.



Examen. — Rien d'anormal. L'auscultation des bruits fœtaux est négative. Les urines sont troubles.

La femme entre à la salle de travail où elle accouche peu de temps après d'un garçon mort-né pesant 2800 gr. La délivrance est naturelle et complète. Petite déchirure du périnée. L'enfant avait un aspect encore frais. Le cordon ombi-

lical était infiltré de liquide amniotique, couleur purée de pois. L'enfant a très probablement succombé au cours du travail.

20 janvier 1928. — La malade qui a eu des suites de couches fébriles, fait une température plus élevée à partir d'aujourd'hui. L'analyse des urines décèle : colibacilles, cellules de desquamation, albumine.

23 janvier 1928. — La température reste élevée et la malade présente des points douloureux au niveau des deux reins. On lui fait dans la journée deux distensions vésicales.

24 janvier 1928. — La température reste élevée. Trois distensions vésicales.

25 janvier 1928. — La température tombe brusquement à 37°. On lui fait deux distensions vésicales.

26 janvier 1928. — La température est normale. La malade va tout à fait bien. On supprime les distensions vésicales.

OBSERVATION XII (N° 2.180.)

(Maternité Boucicaut. Année 1926.)

Mme L. A..., âgée de 29 ans.

Antécédents héréditaires. — Néant.

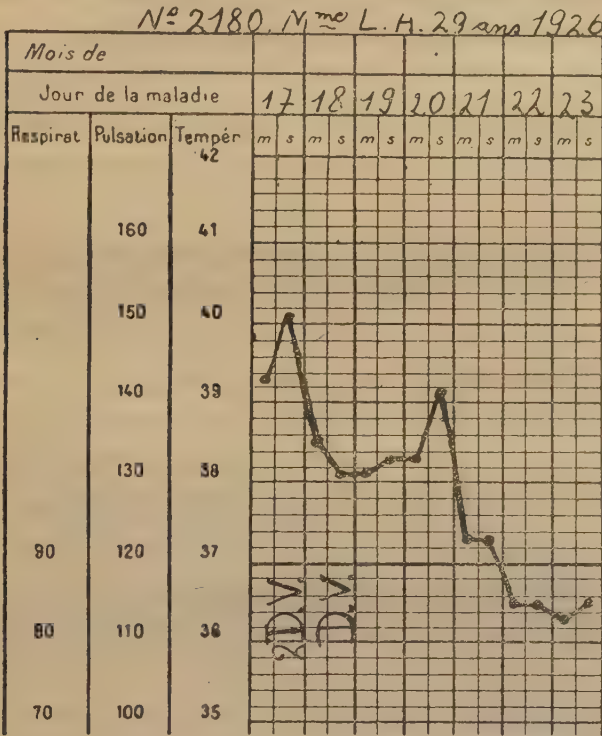
Antécédents physiologiques. — A marché à un an, toujours bien. Régée à 17 ans normalement.

Antécédents pathologiques. — Rougeole, coqueluche.

Antécédents obstétricaux. — 1^{re} grossesse en 1922. Enfant vivant : 2.450 gr. bien portant. 2^e grossesse. Avortement 5 mois et demi enfant né vivant. 3^e grossesse actuelle. Procréateur bien portant.

Dernières règles : 10-14 juin 1926. Mouvements actifs perçus à 4 mois.

Hauteur utérine : 22 cm. A l'entrée dans le service, la grossesse est au 6^e mois.



Examen : Normal.

24 septembre 1926. — Utérus de 3 mois. Tension artérielle, normale.

Albumine : 0.

Le 13 décembre on met la malade au régime et au vaccin.

15 décembre 1926. — Pus dans les urines. Polyurie avec pollakiurie diurne et nocturne. Le lendemain douleurs lom-

baïres violentes, surtout à droite. Température : 39°4. Entre le 18 à l'hôpital. La femme est fatiguée; langue sèche, état typhique. La température monte à 40°. Le pouls rapide. On constate les signes d'une grossesse au 6^e mois environ, des douleurs dans l'angle costo-vertébral droit, au niveau du trajet urétéral droit. La contracture rend impossible la palpation du côté droit.

Devant ce grave état général, on pratique une distension vésicale. Grands enveloppements. Urotropine. Régime, vaccin.

18 décembre 1926. — Fœtus vivant, mobile.

La malade a déjà eu une pyélonéphrite pendant sa 1^{re} grossesse. Depuis, elle a des poussées de cystite tous les deux mois. Pendant la grossesse actuelle, deux poussées thermiques répondant probablement à la pyélonéphrite. En octobre, fièvre, douleurs lombaires, urines troubles; régime, vaccin. Cessation de tous les signes de pyélonéphrite.

19 décembre 1926. — Même état. Distension vésicale.

20 décembre 1926. — La température a baissé. L'état général est considérablement amélioré. La malade ne souffre plus.

Le 25 décembre, la malade sort complètement guérie.

Elle accouche le 17 janvier 1927 d'une fille pesant 1.430 grammes, vivante.

OBSERVATION XIII (N° 1.345 bis.)

(Maternité Boucicaut. Année 1924.)

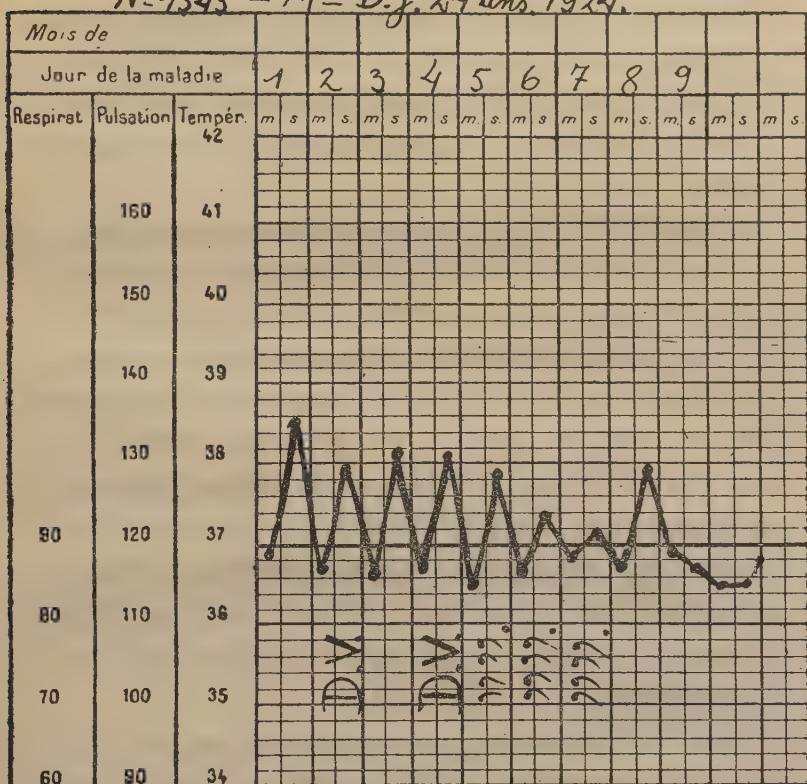
Mme B. C..., entre le 30 juillet.

Antécédents héréditaires. — Père mort de cardiopathie à

50 ans. Mère bien portante. Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents physiologiques. — A bien marché. Réglée à 15 ans, irrégulièrement, règles peu abondantes, douloureuses.

N^o 1345 bis M^{me} D. Y. 24 ans. 1924.



Antécédents pathologiques. — Grippe en 1913.

Primipare.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : a perdu dans la nuit du 4 février 1924 beaucoup plus que de coutume. Apparition des mouvements actifs à 4 mois et demi.

Hauteur utérine : 21 cm.

Age de la grossesse : à l'entrée dans le service 6 mois environ, au moment de l'accouchement 7 mois environ.

Examen. — Tout est normal. Auscultation?

Histoire de la maladie. — Le 1^{er} juillet la malade ressent une douleur intermittente d'abord au niveau de la cuisse droite, ne descendant pas au-dessous du genou, mais remontant plutôt vers le bassin. Douleur intense des deux côtés, antérieur et postérieur, empêchant la malade de remuer la jambe.

Le 2 juillet, elle gagne la région lombaire du côté droit seulement, augmente en intensité et devient continue. En même temps, la malade éprouve des envies fréquentes d'uriner et remarque que ses urines deviennent foncées, troubles et d'odeur désagréable. Bientôt apparaissent le malaise général, l'anorexie, la fièvre et des sueurs. Pendant ce temps la malade prend du bouillon de légumes et on lui applique des compresses laudanisées sur la région lombaire. Au bout de 8 jours, la malade présente le 1^{er} vomissement et rentre le jour même dans le service de médecine où on lui fait une radiographie, application de ventouses scarifiées et uroformine.

Trois examens d'urine : culot abondant ; pas de B. K. ; nombreux colibacilles, cellules épithéliales, rares leucocytes.

Cathétérisme de l'uretère droit. Distension du bassinet (Pynéphrose).

1^{er} août. — La malade entre à la Maternité. Le 4 août elle présente des vomissements nocturnes, de 1 à 4. Le jour nausées. Ne dort pas la nuit, un peu pendant la journée. Cépha-

lée et douleurs de la cuisse avec leurs irradiations disparaissent. Par contre, la région lombaire est le siège de la même douleur, augmentée par le moindre contact. Malaise général, traits tirés. Teint ictérique, lèvres sèches, langue saburrale. Soif assez vive. Anorexie marquée. On ne remarque pas d'œdème ; mais teint blafard, amaigrissement général et marqué aux membres inférieurs où la pression des mollets réveille une douleur assez vive. L'examen de l'abdomen montre une grosseur de 5 mois environ. L'utérus mesure 21 cm. de hauteur, il forme une masse globuleuse, arrondie, rénitente, légèrement déviée à droite. La palpation bimanuelle de la région lombaire réveille une vive douleur et permet de percevoir une masse mal limitée, pas très dure, grosse comme une orange. La main postérieure perçoit le contact lombaire. Le ballotement rénal est difficile à percevoir à cause de la réaction musculaire de défense.

A ce moment on pratique trois fois par jour, après lavage de la vessie, la distension vésicale avec du sérum, jusqu'au moment où la malade accuse une sensation de douleur lombaire. On peut ainsi injecter 200 à 250 cc. de sérum que la malade garde pendant 2 à 3 heures.

2 août. — Distension vésicale.

4 août. — Deux distensions vésicales. Vaccin par voie buccale.

5 août. — Trois distensions. Vaccin. Amélioration des symptômes. Débâcle urinaire. La quantité d'urine monte de 3/4 de litre à 1 litre 3/4. Abondante évacuation de pus. *La fièvre baisse.* Les vomissements cessent.

L'état général s'améliore et la douleur diminue.

6 août. — Trois distensions. Vaccin.

7 août. — Deux distensions. Vaccin.

8 août. — Deux distensions.

9 août. — La malade étant en état satisfaisant, on supprime les distensions vésicales. Le vaccin anti-colibacillaire par voie buccale est continué jusqu'au 13 août (dix ampoules en tout). Urotropine à raison de 1 gr. 50 par 24 heures. A partir de ce moment l'état général s'améliore. Plus de température. Pendant le traitement, la quantité d'urines est augmentée, elle oscille entre 1 et 2 litres. Après le 9 août cette quantité se stabilise entre 800 et 900 grammes. Le poids de la malade augmente d'un kilo par semaine.

17 septembre. — Régime sucré.

25 septembre. — Légumes sans sel.

18 octobre. — L'accouchement a lieu à 7 mois de grossesse.

L'enfant vivant pèse 1.700 gr. La délivrance complète pèse 300 grammes. 13 jours après l'accouchement, l'enfant décède à la suite de sa débilité et de la diarrhée.

Les derniers jours du mois d'octobre, la malade quitte le service complètement rétablie.

PAR QUEL MÉCANISME AGIT LA DISTENSION VÉSICALE ?

« La distension vésicale est le meilleur excitant physiologique du rein. » On a remarqué que, dans les maladies de la vessie, les reins indemnes de toute lésion sont douloureux et ont leur sécrétion troublée ; on a donné à ce phénomène le nom de « réflexe vésico-rénal ». Par conséquent, en agissant sur la vessie, on détermine des variations dans la sécrétion et l'excrétion du rein, par l'intermédiaire du réflexe vésico-rénal :

a) à la distension, le rein répond par une augmentation de sécrétion. La rétention complète avec distension chez les prostatiques est accompagnée de polyurie.

b) Sous l'influence de la distension, le rein répond par une exagération de la contractilité de son appareil d'excrétion. Après la lithotritie, pour faire évacuer les fragments calculeux urétéro-rénaux, on lave la vessie à grands coups de seringue qui distendent l'organe et, lors de l'aspiration du liquide, le muscle vésical a de brusques tensions. De même, les séances prolongées de cystoscopie provoquent des coliques néphrétiques et l'expulsion de calculs rénaux.

Le Dr Pasteau donne aussi une explication physique quant au mécanisme de la distension vésicale. La vessie distendue déplacerait l'utérus gravide et de ce fait les uretères décomprimés laisseraient l'urine s'écouler facilement. Mais la pyélonéphrite peut éclater pendant les suites de couches aussi, alors que l'utérus est vide, et la distension vésicale amène la rétrocession des symptômes et la guérison ; aussi le Dr Pasteau accorde-t-il plus d'influence aux phénomènes nerveux d'origine réflexe.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA DISTENSION VÉSICALE

Les pyélonéphrites gravidiques sont variables en intensité. Affection très courante, la pyélonéphrite ne demande pas toujours la mise en œuvre de tous les moyens dont nous disposons pour la combattre. Souvent le décubitus dorsal et l'application de grands pansements humides chauds répétés plusieurs fois par jour, d'une part, et l'administration *per os* du vaccin anticolibacillaire de Fisch d'autre part, amènent la guérison de la malade. Le régime alimentaire a aussi une grande importance. Sont rigoureusement exclus : la viande, le poisson, les œufs et le lait. Au sujet de ce dernier aliment, M. Le Lorier est exclusif : il ne le prescrit que sous forme de lait fermenté (kéfir, yoghourt).

Mais lorsque ces moyens ne viennent pas à bout des phénomènes morbides et que l'on constate une augmentation de volume du rein, de l'hyperthermie et l'émission d'urines moins troubles, le diagnostic de rétention pyélique s'impose et le changement des moyens thérapeutiques aussi.

On peut utiliser le cathétérisme urétéral accompagné ou non d'un lavage du bassinet. Cette méthode

se heurte à des difficultés assez sérieuses. Le catéthérisme urétéral doit être fait par un spécialiste urologue ayant à sa disposition une instrumentation assez compliquée. L'intervention est souvent pénible pour les malades et les résultats ne sont pas toujours bons. M. Le Lorier cite le cas d'une malade chez laquelle « non seulement il (le catéthérisme) n'avait apporté qu'une amélioration toute passagère, mais où il paraissait avoir déterminé une irritation locale qui semblait avoir aggravé ultérieurement l'état de la malade » (1).

Il arrive souvent que l'utérus gravide imprime à la vessie des déformations qui rendent impossibles les manœuvres nécessaires au sondage urétéral.

Il nous reste à citer un dernier moyen, celui-ci sanglant ; c'est la néphrotomie. Cette opération est aggravée du fait de la gravidité et doit être évitée autant que possible surtout lorsque le rein est infecté et que la fistulisation de la poche rénale serait à craindre. Or, un foyer septique ouvert n'est pas sans danger chez une parturiente. Chez une malade présentant une tumeur rénale rénitente et donnant le contact lombaire parfois, de l'hyperthermie, un mauvais état général avec vomissements, sueurs et diminution du poids, chez laquelle une pyonéphrose est à craindre, la distension vésicale trouve son

1. *La Médecine*, n° 5, avril 1929. *Le traitement des pyélonéphrites avec rétention, par la distension vésicale, au cours de la puerpéralité*, par V. Le Lorier, prof. agrégé, accoucheur des Hôpitaux.

indication formelle. Elle enraye d'une manière presque constante les accidents les plus menaçants. Maintenant que nous avons constaté ses indications, examinons les cas dans lesquels la distension vésicale est contre-indiquée.

Selon Guyon « on n'a pas le droit de distendre une vessie malade » (1). C'est-à-dire qu'en présence d'une cystite aiguë compliquant une pyélonéphrite, la distension vésicale serait douloureuse et provoquerait de sérieux accidents. Dans ce cas la distension est à rejeter. Il faut traiter la cystite non pas par des lavages mais par des instillations, qui peuvent par elles-mêmes avoir une action sur le rein. Ce n'est qu'après la guérison de la cystite qu'on peut mettre en œuvre la distension vésicale.

Mais il y a des cas de rétention rénale compliquée de cystite ne pouvant pas attendre la guérison de cette dernière et présentant des symptômes menaçants. Dans ces cas l'intervention chirurgicale d'urgence sur le rein, devient l'opération nécessaire. Ses inconvénients disparaissent devant les avantages qu'elle procure. De même, on s'abstiendra de pratiquer la distension vésicale, lorsque la pyonéphrose est constituée et le canal excréteur du rein bouché.

1. Guyon, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, II, p. 387 et 402. Cité par Pasteau.

STATISTIQUE

Sur les quatorze cas de pyélonéphrite gravidique traités par la distension vésicale, nous trouvons autant de guérisons.

Parmi ces 14 malades :

7 sont primipares,

4 sont II-pares,

2 sont III-pares,

1 femme ayant fait deux avortements.

La plupart de ces malades eurent leurs accidents pyéliques au cours du 6^e mois de leur grossesse, quelques-unes vers la fin de la gestation, d'autres pendant les suites de couches, enfin l'une d'elle au premier mois de la grossesse.

L'accouchement naturel à terme eut lieu 9 fois sur 13 malades.

Une fois l'accouchement eut lieu au 7^e mois de la grossesse, une fois au 3^e. Une femme a quitté le service, guérie, n'ayant pas accouché. Une des malades a été traitée à la suite d'un avortement.

Les enfants sont tous nés vivants, sauf un mort-né pesant 2.800 gr.

Deux enfants débiles pesant l'un 1.450 gr., l'autre 1.700 gr. et présentant de la diarrhée, succombèrent peu de temps après leur naissance prématurée.

CONCLUSIONS

1^o Employée dans quatorze cas de pyélonéphrite avec rétention, la distension vésicale ou méthode de Pasteau s'est montrée être un moyen, à la fois efficace et simple pour enrayer l'évolution souvent grave de cette complication.

2^o Les effets de la distension vésicale sont : *la sédation de la douleur, une diurèse abondante et le retour à la normale de la température.*

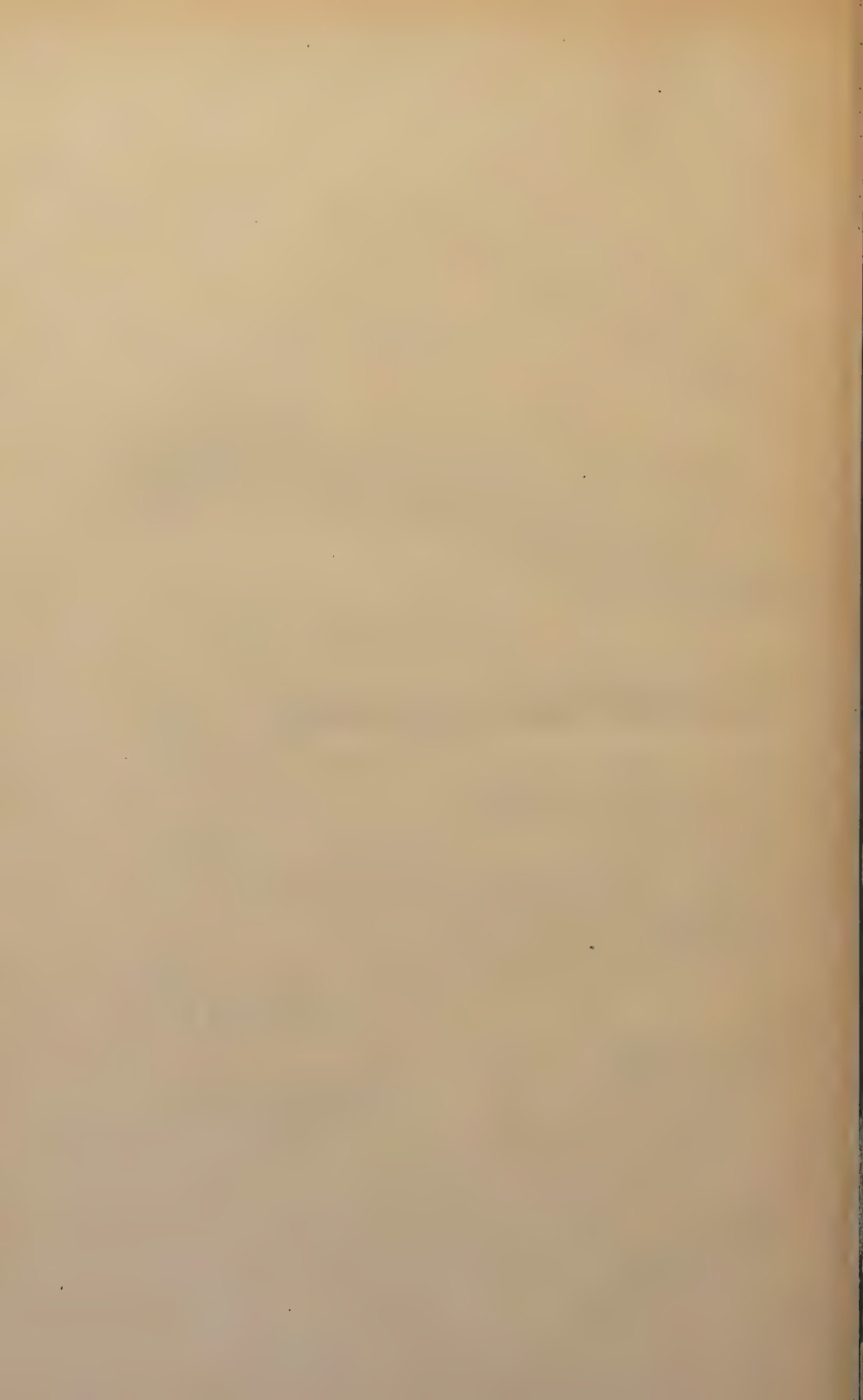
3^o Toute vessie douloureuse atteinte de cystite fournit une contre-indication formelle à l'emploi de la distension vésicale.

4^o Avant de décider d'intervenir directement sur le bassin, il peut être utile d'essayer l'effet des distensions répétées.

Vu : le Président de la thèse
COUVELAIRE

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY.



BIBLIOGRAPHIE

Nota.—Sous cette rubrique, ne seront cités que les ouvrages dans lesquels il est question de la distension vésicale.

Achard, Marion et Paiseau. — Thérapeutique urinaire (Baillière et fils, Paris, 1910, p. 263).

Blechmann (G.), Chabanier (H.), Charrier (J.), etc. — Nouvelle pratique thérapeutique médico-chirurgicale (tome LZ, p. 419. G. Doin, Paris, 1928).

Demelin (L.) et Devraigne (L.). — Manuel de l'accoucheur (G. Doin, Paris, 1924, p. 537).

Jovanovitch (Jean). — Les pyélonéphrites pendant la gestation et leur traitement. Thèse de Paris, 1923.

Legueu (F.). — Traité chirurgical d'Urologie (2^e édition. Paris, 1921, tome I, p. 672).

Le Lorier (V.). — Observation de pyélonéphrite grave avec rétention au cours de la gestation, traitée avec succès par la distension vésicale et la vaccination buccale anti coli-bacillaire; accouchement prématuré spontané d'un enfant de 1.700 gr. (Bulletin de la Société d'Obst. et Gynécologie de Paris, 13^e année, n^o 10, 1924).

— Le traitement des pyélonéphrites avec rétention par la distension vésicale au cours de la puerpéralité (La Médecine, 10^e année, n^o 5, avril 1929).

Marion (G.). — Traité d'Urologie (tome I, p. 276. Masson et Cie, 1928).

Metzger (Marcel). — L'accoucheur moderne (Librairie F. Alcan, Paris, 1928).

Maygrier (Ch.) et *Schwaab (A.)*. — Précis d'Obstétrique (G. Doin, Paris, 1927, 3^e édition, p. 435).

Pasteau (O.). — Ectopie rénale double avec pyélonéphrite droite (Bull. Soc. Anat. de Paris, 1897, XXII, 213).

— Traitement des rétentions rénales au cours de la grossesse (Bull. Soc. d'Obst. de Paris, 1903, VI, 296-312).

Pasteau (O.) et *d'Herbécourt*. — Traitement des infections rénales au cours de la grossesse (Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gynéc. de Paris, 1898, 7-13).

— Traitement des infections rénales au cours de la grossesse (J. de Méd. de Paris, 1898, 2^e s., X, 153-155).

Ribemont-Dessaignes et *Lepage*. — Traité d'Obstétrique (Masson et Cie, Paris, 1923, p. 714).

Wallich et *Lévy-Solal (Ed.)*. — Eléments d'Obstétrique (Masson et Cie, Paris, 1927, p. 258).

La pratique de l'art des accouchements. — Sous la direction de A. Brindeau, tome II. Pathologie de la grossesse. In. *Infection puerpérale* (Vigot, frères. Paris, 1927, p. 225).

400. — Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 6-29

